

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
АППЕНДЭКТОМИИ В СТАЦИОНАРЕ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
3 курса группы 03051612  
Евдошенко Анны Александровны**

Научный руководитель  
преподаватель Москалёв А.С.

Рецензент  
медицинская сестра  
общепольничного медицинского  
персонала  
ОГБУЗ «Городская  
больница №2 г. Белгорода»  
Круглякова Л.В

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	7
1.1. Сестринский уход за пациентами в послеоперационном периоде с острым аппендицитом .....	7
1.2. Клиническая картина и профилактика острого аппендицита .....	9
1.3. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами в послеоперационном периоде .....	11
1.4. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде .....	13
ГЛАВА II. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2» .....	18
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Городская Больница №2» .....	18
2.2. Статистическая обработка данных хирургических заболеваний Хирургического отделения .....	19
2.3. Практические рекомендации для медицинских сестёр хирургического отделения .....	27
2.4. Практические рекомендации для пациентов после аппендэктомии ..	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	31
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	33
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	36

## ВВЕДЕНИЕ

Острый аппендицит - это воспаление червеобразного отростка слепой кишки, возбудителем которого, является неспецифическая гнойная инфекция.

Он носит название аппендикс, или червеобразный отросток. Данный вид воспаления требует хирургического лечения, которое заключается в удалении повреждённого отростка кишечника. Оперируется больной в экстренном порядке. При вовремя оказанном лечении это оперативное вмешательство проходит удачно с минимальной вероятностью появления какого-либо осложнения.

Это одно из распространённых хирургических заболеваний. Очень часто им болеют люди молодого и среднего возраста, причём женщины болеют чаще мужчин. Аппендэктомия - самая частая экстренная операция в хирургических стационарах. В России за год проводится от 800млн. до 1 млн. аппендэктомий, летальный исход составляет всего 0,1-0,2%.

Для того что бы понять в связи с чем происходит воспаление аппендикса, нужно знать его строение и как он функционирует. Червеобразный отросток длительное время считался атавизмом. Предположение врачей было таким: они думали, что пищеварительная функция аппендикса будет утрачена, и будет нужна была только тогда, когда предки человека употребляли в пищу продукты растительного происхождения, потому что аппендикс считали помощником в переваривании этой пищи. Функциями, которыми действительно обладает аппендикс, были открыты совершенно случайно. Профилактикой аппендикса являлось удаление каждому младенцу отростка слепой кишки. Предполагалось, что данная операция считалась довольно простой, легко переносимой в детском возрасте. Но последствия удаления аппендикса у детей были плачевными. Это заключалось в том, что детский организм плохо усваивал пищу, и были частые случаи болезней, вызванные инфекциями.

«История аппендицита началась ещё со времён существования Леонардо да Винчи, он упоминал об аппендиците в своих трудах. Пройдя пару десятилетий, Андреас Везалий, анатом и врач из Нидерландов напомнил нам о существовании аппендикса. Врачи неоднократно сталкивались с жалобами больных на сильную боль в правой нижней части живота, однако древние лекари связывали эти симптомы с воспалением мышц брюшины или у женщин с осложнениями после родов. Врачи называли их маточными нарывами. В то время если и проводились вскрытия аппендикулярных нарывов, сопровождающиеся удалением отростка, или без него, то они носили случайный характер» [12, с. 4].

Есть мнение о том, что операционные вмешательства аппендэктомии особых технических трудностей не представляет. Независимо от этого, нужно отметить, что в зависимости от многих обстоятельств эта операция очень изменчива. К некоторым из таких обстоятельств относят: возраст, пол, состояние больного, расположение отростка, развитость подкожного жирового слоя и другие факторы.

От общего состояния больного до операции зависит послеоперационный период. Первые трое суток после хирургического вмешательства имеют особое значение в послеоперационном периоде. В настоящее время проводится активный метод ведения больных аппендэктомией.

Дыхательная гимнастика проводится в первые часы послеоперационного периода. После операции в первые сутки пациентам, запрещено употреблять какую-либо пищу, кроме питьевой негазированной воды. Диету №1а пациентам назначают на вторые сутки, также разрешают вставать. На 6-7й день снимаются швы с послеоперационной раны, а также выписывают больного под амбулаторное наблюдение. Следовательно, лечение неосложненного острого аппендицита не вызывает затруднений ни у хирургов, ни у среднего медицинского персонала, но трудности возникают при развитии осложнений до операции, в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Инфильтрат в подвздошной области, прободение червеобразного отростка с развитием перитонита всё это относят к осложнениям острого аппендицита в дооперационном периоде. Ранними послеоперационными осложнениями острого аппендицита являются: кровотечения из брыжейки червеобразного отростка. Развитие кишечной непроходимости, инфильтрата и нагноение послеоперационной раны нужно отнести к поздним послеоперационным осложнениям.

Цель дипломной работы: изучить особенности сестринского ухода за пациентами с острым аппендицитом.

Для достижения поставленной цели, нам необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить теоретические аспекты по данному заболеванию.
2. Показать основные направления организации сестринского ухода за пациентами находящихся на лечении в хирургическом отделении с острым аппендицитом.
3. Определить роль медицинской сестры в мероприятиях по уходу за пациентами с острым аппендицитом.

Объект исследования: пациенты с острым аппендицитом в хирургическом отделении ГКБ №2 г. Белгорода.

Методы исследования:

- теоретический: анализ медицинской литературы по данной теме
- социологический: анкетирование
- статистический: составление статистических диаграмм

Предмет исследования: Профессиональная деятельность медицинской сестры по уходу за больными с острым аппендицитом.

Структура работы: дипломная работа выполнена на 38 страниц текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, списка используемых источников и литературы, приложений.

Работа содержит 1 таблицу, 10 рисунков. Библиографический список литературы содержит 26 источников.

Гипотеза: Профилактика воспаления заболевания кишечника может привести к снижению частоты острого аппендицита.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

## **1.1. Сестринский уход за пациентами в послеоперационном периоде с острым аппендицитом**

Уход после операции по удалению аппендикса длится от полутора до четырех недель. Если у больного имеется лишний вес или он является ребенком до 10 лет, время восстановления может быть и более продолжительным. Если больной не имеет избыточного веса и молодой, он быстрее придёт в чувство. Послеоперационным периодом считается время между окончанием операции и до полного восстановления трудоспособности больного.

В первое время за больным нужен тщательный уход. Этот процесс может проходить у всех по-разному, но важно, чтобы больной не задохнулся: при выходе из этого состояния возможна рвота. Ещё после наркоза может остановиться сердце и дыхание, поэтому нужно контролировать пульс, частоту дыхания и давление.

После удаления аппендикса возможны многие следующие осложнения, такие как:

- сильная кровопотеря,
- послеоперационное кровотечение,
- нарушение функций сердечно-сосудистой системы;
- нарушения дыхательной функции возможно, если рана слишком болезненна и ограничивает дыхательные движения;
- парез кишечника
- мочевого пузыря;
- воспалительные заболевания;
- свищи;
- гнойно-септические воспаления раны;

- тромбоз легочной артерии;
- гипертермия;
- спайки;
- перитонит;
- грыжа;
- боли (послеоперационные).

Удаление аппендицита осуществляется лапароскопическим методом. Этот метод применяется для лечения больных, страдающих исключительно от острого и хронического вида патологии. При остром виде заболевания пациент жалуется на жар, головокружение, боль в правом боку, а также мы наблюдаем изменения в анализах крови. Конкретное место болевых ощущений, является правый бок, область паха, но болевые ощущения имеют свойства смещаться в любую другую сторону. Постепенно боль усиливается, и больной с трудом может её терпеть. При лапароскопическом удалении аппендицита возможность осложнений намного меньше, чем при обычной хирургической операции.

Уход за пациентом в первые сутки должен включать в себя наблюдение за больным, чтобы выявить признаки кровотечения, детоксикацию организма (если необходима), контроль за восстановлением физиологических функций. Первые пару дней нужна будет антибиотикотерапия, предупреждая бактериальные инфекции.

На следующий день пациентам разрешают двигаться, а также рекомендуется дыхательная гимнастика. После операции по удалению аппендицита первые часы пациентам нельзя давать питьё, при обходимости пациентам можно смочить губы или дать сделать несколько небольших глотков. После удаления аппендицита при хорошем самочувствии пациентам разрешают подняться через пару дней. Но все равно продолжительно долгое время должна быть ограниченная физическая нагрузка. Посещать бассейн и заниматься физической культурой, можно только после снятия швов. Стоит заметить, что уход за швом должен проходить и после выписки из больницы,



регулярно обрабатывая его антисептическими средствами. Половую жизнь рекомендуется начинать через 2-3 недели после операции, а носить тяжести можно начинать только через шесть недель. После операции по вырезанию аппендицита советуют пользоваться специальным бандажом. Нужно отказаться от горячих ванн где-то на две недели, по окончании приёма ванны нужно обязательно обрабатывать шов.

**ДИЕТА:** Аппендикс нередко воспаляется из-за неправильного питания, диета после его удаления - это тоже уход и ключевой момент того, как скоро наступит полное выздоровление и появится возможность вернуться к обычной жизни.

В первые и вторые сутки пациентам стоит употреблять только жидкую кашу, нежирный бульон из мяса курицы, кисель и овощное пюре. Если больной не может употребить пищу сам, медицинская сестра должна ему помочь.

На третьи – четвёртые сутки можно прибавлять к рациону черный хлеб и сливочное масло. Первую неделю рекомендуют включить в рацион нежирные супы и супы-пюре из овощей, а также нежирный творог.

На второй неделе можно есть молочные продукты, мед, сухофрукты.

Продукты, которые запрещены весь период восстановления. Среди них алкоголь, майонез, жирный йогурт, выпечка, специи, кетчуп, копченое, острое, жареное, а также жирное.

## **1.2. Клиническая картина и профилактика острого аппендицита**

В обычных случаях клиника острого аппендицита характеризуется надоевшей болью в начале в эпигастральной, вслед за тем в правой подвздошной области. В зависимости от степени деформации червеобразного отростка находится напряженность болей. Боли имеют все шансы быть не сильными и прекращаются самостоятельно в течении нескольких дней.

Анализы крови, а также температура тела в таком случае остаются обычными. Боль делается сильной, локализуется в правой подвздошной области, увеличивается при кашле и резких перемещениях тела при переходе воспалительного процесса на париетальную брюшину.

Рвота, тошнота бывают замечены у половины процентов больных, голод, как правило, отсутствует. В зависимости от времени находятся итоги объективного изучения, прошедшего впоследствии начала приступа и особенностей расположения отростка в брюшной полости. Резистентность фронтальной брюшной стенки свойственна при пальпации, болезненность в проекции месторасположения воспалённого отростка.

В типичных случаях боль соответствует точке Макберни. Боль локализуется в боковых частях живота или появляется во время ректального исследования, если аппендицит находится позади слепой кишки или в малом тазу. В типичных случаях локализации процесса симптомы раздражения брюшины появляются довольно рано.

Обычно не повышается температура тела, температура тела выше 37,5 ° C характерна для перфорированного аппендицита, в таком случае наблюдается жесткость передней брюшной стенки, характерная для перитонита, появляется вздутие живота. Наличие воспалительного процесса почти всегда подтверждают лабораторные исследования: при анализе крови появляется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитов влево.

Дизурические явления могут возникать при расположении червеобразного отростка в малом тазу, а лейкоциты и эритроциты при анализе мочи.

Формирование инфильтрации в брюшной полости включают осложнения аппендикса. Заболевание осложняется при перфорации аппендикса ограниченным или разлитым перитонитом, образованием абсцессов в брюшной полости, малом тазу или под диафрагмальным пространством.

### **1.3. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами в послеоперационном периоде**

После операции пациента с операционного стола переносят на каталку и перевозят в палату, стараясь не причинить дополнительную травму во время транспортировки, стараясь не нарушить, или не сместить наложенную повязку, состояние систем переливания крови.

Доставленный из операционного стола в палату на каталке больной, обязан строго соблюдать строгий постельный режим, время которого определяются характером хирургического вмешательства. Иммобилизацию головы пациента, профилактику кашля и рвоты включает в себя послеоперационный уход. Через 6-8 часов после операции пациент может принимать в пищу жидкую или кашецеобразную пищу.

Под наблюдение опытного персонала, пациент находится после операционного стола. Больной до того, как придёт в себя, должен располагаться без подушки, низко. Если появилась рвота после анестезии, больной должен повернуть голову в сторону. К удушью языка пациента или аспирации слизи может привести асфиксия, нужно выдвинуть вперёд нижнюю челюсть и вытащить язык, при помощи тампона извлечь из горла слизь и таким образом вызвать кашлевой рефлекс. Как только пациент пришёл в себя, ему нужно принять такое положение, которое будет защищать рану. Повышенное положение (полусидя), которое облегчает дыхание рекомендуется после операции на груди, а также лапаротомии; после операции на позвоночнике рекомендуется положение на животе. Для того чтобы предотвратить пневмонию, тромбоэмболию и развитие других осложнений, нужно как можно раньше начать выполнять двигательную активацию. Положением в постели пациенту, сестра обеспечивает желаемым, в зависимости от общего состояния после операции, типа анестезии (поднимает головной или ножной конец функциональной кровати; заботится о подголовнике, ролике под ногами если

кровать нормальная и т.п.).

«Послеоперационный период, даже при хорошем течении, часто сопровождается неопасными, но болезненными для пациента болями, бессонницей, жаждой, задержкой мочи и газов, икотой, которые наиболее болезненны в первые два дня после операции. Из-за возможного усиления рвоты, пациенту не следует давать пить, до прекращения рвоты. Разрешено полоскать рот для уменьшения сухости во рту. После того как рвота прекратилась, пациенту как правило, можно давать воду в небольших количествах, а также чай в небольшом количестве. Анальгетики используют для уменьшения боли, на область раны помещается пакет со льдом, чтобы убедиться, что он не оказывает сильного давления на рану. Неправильно, плотно наложенные повязки бывает вызывают боль, в таком случае их нужно обрезать или заменить, по возможности заменить повязкой в виде наклейки. После операций на конечности боль может быть связана с ее неправильным положением. Боль уменьшают - хорошая иммобилизация и возвышение конечности» [9, с. 14].

Чтобы предотвратить пролежни, а также застойные явления в легких и других органах, медицинский персонал должен менять положение тела пациента примерно каждые 2 часа, протирать кожу антисептическими растворами и подкладывать марлевые прокладки под костные выступы.

Будет лучше, если пациент всё время лежит на специальном против пролежневого матраса. Пациентам без сознания показаны парентеральное питание и парентеральное введение жидкости. Растворы перед их введением в кровотоки или в полость тела нагревают до температуры тела пациента.

Прогноз при остром аппендиците зависит от точности и своевременности диагностики. Поэтому в сомнительных случаях предпочтительнее провести лапаротомию и установить точный диагноз во время операции.

В редких случаях после аппендэктомии остаются боли в правой подвздошной области, заставляющие обращаться к врачу. При обследовании обычно не выявляют какой-либо патологии, и болевой синдром объясняют

«спаечным процессом». Более серьезные последствия связаны с послеоперационными гнойными осложнениями и релапаротомиями. У этих больных, как правило, развивается тяжелая спаечная болезнь брюшной полости с постоянными болями, нарушениями стула и эпизодическими приступами кишечной непроходимости.

Острый аппендицит-это заболевание, требующее экстренной операции. Если картина болезни не вызывает сомнений, то необходимо выполнить операцию - аппендэктомию (удаление червеобразного отростка). Это единственный метод лечения аппендицита. Операцию при остром аппендиците выполняют под общим обезболиванием. Можно удалить аппендикс через лапаротомный доступ, когда выполняют классический разрез в правой подвздошной области, и лапароскопически через 3 небольших разреза. Последний метод предпочтительнее, поскольку реабилитационный (восстановительный) период после операции гораздо короче.

Таким образом, изучив научную литературу и проанализировав средства и способы ухода, приходим к выводу, что аппендицит является грозным заболеванием. Так как, занимает первое место среди острых хирургических патологий заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-6 случаев на 1000 населения. В течение своей жизни 6% современных жителей планеты имеют шанс перенести это заболевание.

#### **1.4. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде**

В течение двух недель с момента операции, могут возникнуть ранние осложнения. К ранним осложнениям послеоперационного периода аппендицита можно отнести:

Кровотечение из сосудов брыжейки: возникает в результате технических погрешностей при проведении операции или при продолжающемся

воспалительном/некротическом процессе, приводящем к эрозивному кровотечению. Особенностью клиники послеоперационных кровотечений является наличие признаков острой кровопотери и быстрое развитие перитонита. Это осложнение требует немедленной повторной операции.

Несостоятельность культи червеобразного отростка: развивается в первые дни, а также часы, после аппендэктомии. В большинстве случаев, возникает она у пациентов с разрушительными формами аппендицита, при которых изменен не только червеобразный отросток, но и купол слепой кишки, вследствие чего, затрудняет обработку остающейся отростка. Если развилось это осложнение, вместе с ним может быстро развиться каловый перитонит, вследствие чего требует быстрой ревизии брюшной полости.

После того, когда истечёт двухнедельный срок послеоперационного периода, могут развиваться послеоперационные осложнения аппендицита, к таким осложнениям можно отнести осложнения, которые относятся к осложнениям со стороны послеоперационной раны, например:

Динамическая кишечная непроходимость: вызывается функциональными изменениями моторики кишечной мускулатуры без наличия каких-либо механических нарушений, препятствующих передвижению кишечного содержимого. Чаще всего бывает паралитического характера. Прекращается перистальтика кишечника, возникает вздутие с прекращением процесса всасывания и венозным застоем в стенке кишечника. Клиника: самый первый симптом – вздутие кишечника, который не связан с болью. Сначала вздутие сопровождается рвотой содержимым желудка, дальше желчью, а уже после, в поздний период каловыми массами. Кишечная стенка травмируется при длительном вздутии кишечника, и идёт сопровождение и внедрение через неё вирусов в брюшную полость. Все выше сказанное, приведёт к выявлению симптомов вторичного перитонита.

Послеоперационный инфильтрат образуется в области перехода подвздошной кишки в слепую, вследствие инфекции, а также после удаления аппендикса. Ощупывая пациента в правой области, можно нащупать

болезненное опухолевое образование Лечение осуществляется без хирургического вмешательства.

Поддиафрагмальный абсцесс: это осложнение перитонита, характеризуется большим скоплением гноя. Абсцесс иногда может располагаться и в забрюшинном пространстве.

Абсцессы дугласова пространства: формируются вследствие стока воспалительной жидкости в полость таза. Дизурические явления, высокая температура тела, ощущение холода, боли внизу живота это одни из первых симптомов тазового абсцесса. При специальном обследовании прямой кишки, а также при обследовании малого таза можно определить болезненное выбухание в дугласовом пространстве. В центре инфильтрата нередко прощупывается участок флюктуации, т.е. абсцесса. В начальном периоде этого осложнения проводят консервативное лечение (антибиотики, клизмы с настоем ромашки), а когда гнойник сформировался, производят его вскрытие.

Межкишечные абсцессы. Клиника: боли в животе, частый жидкий стул, ознобы, общая слабость. Следующей стадией симптомов являются: раздражение брюшины, парез кишечника. При надавливании пальцами кисти на живот, мы можем ощутить опухолевидное образование в области брюшной полости, которое может иметь разную локализацию, в основном в средней части живота.

Пилефлебит – это тромбоз брыжеечных и воротной вен. Его развитие происходит в ходе некроза тканей и при появлении тромбов в сосудах брыжейки отростка, вследствие чего происходит поражение воротной вены и мезентеральных сосудов. Степень тяжести клиники можно определить, зная скорость и время, с которой распространяется закупорка печеночной вены. После аппендэктомии, с истечением пары суток начинаются осложнения. В области передней стенки живота у пациента начинают возникать болевые ощущения, которые напоминают по некоторым ощущениям печеночные колики. Сопровождается это такими симптомами, как тошнота, кровавая рвота и коллапс. Отмечаются болезненность живота в правом подреберье, увеличение

печени, асцит, печеночно-почечная недостаточность. Нередко серозный выпот наблюдается в правой плевральной полости. Иногда расширенная правая тромбированная воротная вена и отек печеночно-дуоденальной связки могут вызвать сдавление общего желчного протока с последующей механической желтухой.

Период госпитализации, а также могут быть причиной летального исхода осложнения различного вида послеоперационного периода, которые значительно ухудшают состояние пациентов. В профилактике осложнений после операции, важную роль играет динамическое наблюдение за состоянием больного, а также правильная подготовка постели больному и его положение.

«Подготовка палаты и постели. Пациент, после обширных операционных вмешательств, помещается в отделение интенсивной терапии на 2-4 дня. В палату послеоперационного пациента переводят в зависимости от его состояния. В этих палатах необходимо строго соблюдать СРС: вентиляция, кварцевание, влажная уборка. Для каждого больного подготавливают функциональную кровать с чистым бельём, готовят чистое полотенце. Прежде чем укладывать послеоперационного больного, его постель необходимо согреть грелками.

Доставка больного из операционной. После окончания операции, с операционного блока, соблюдая меры предосторожности, пациента перекладывают на каталку или функциональную кровать, транспортируют в реанимационную или послеоперационную палату. К головному концу кровати под прямым углом ставят ножной конец каталки, больного перекладывают на кровать, а также укрывают одеялом. Исходя от типа операции, определяется положение больного на постели. После операционного периода, больной, находится под наблюдением опытного медицинского персонала. До полного пробуждения пациента, его голова на кровати должна располагаться низко, без подушки. Если возникла посленаркозная рвота голову пациенту необходимо повернуть набок. Если запал язык или аспирация слизи, у больного может возникнуть асфиксия. В таких случаях необходимо выдвинуть вперед нижнюю



челюсть и вытянуть язык, убрать тампоном слизь из глотки, вызвать кашлевой рефлекс. После пробуждения пациенту предоставляется положение, которое защищает рану» [15, с. 28].

## **ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2»**

### **2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Городская больница №2»**

Городская Больница №2 - одно из ведущих многопрофильных учреждений здравоохранения города Белгорода для оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи взрослому населению.

Городская больница №2 г. Белгород включает в себя стационар на 1223 койки круглосуточного пребывания и 8 коек дневного пребывания (обслуживает 50000 населения г. Белгорода).

В стационаре развернуто 22 специализированных отделения.

Микрохирургия глаза, травматология и ортопедия, эндоскопическая хирургия и гинекология, отоларингология и урология – приоритетные направления в развитии специализированной помощи.

Материально-техническая база учреждения всегда совершенствуется, также приобретается новое лечебно-диагностическое оборудование, и внедряются новейшие методики лечения больных.

В полном объёме в больнице помимо лечебной базы, имеется современное диагностическое оборудование, в том числе магнитно-резонансный и компьютерный томографы, ангиограф, ультразвуковые и эндоскопические аппараты, рентгенологическое и лабораторное оборудование, что позволяет в кратчайшие сроки проводить полное и всесторонне обследование больных и начинать качественное лечение с первых часов после обращения, в соответствии с утверждёнными стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Наличие современных, оснащённых по европейскому стандарту операционных, квалификация врачей-хирургов, врачей-анестезиологов позволяет в 90% случаев проводить малотравматичные, с использованием эндоскопического оборудования, операции, как в плановой, так и в экстренной хирургии на всех органах и системах больного человека, что значительно снижает риск возможных послеоперационных осложнений и приводит к быстрому выздоровлению больных.

Администрацией больницы проводится подготовительная работа по организации медицинской помощи на уровне международных стандартов и перевод всего лечебно-диагностического комплекса на принцип работы больницы скорой медицинской помощи, с оказанием квалифицированной медицинской помощи взрослому населению не только г. Белгорода, но и жителям 10 районов, расположенных в юго-западной части Белгородской области.

Также, больница очень тесно сотрудничает с медицинским институтом БелГУ, является базой для клинических кафедр лечебного факультета, многие сотрудники больницы передают свой богатый практический опыт студентам старших курсов.

## **2.2. Статистическая обработка данных хирургических заболеваний хирургического отделения**

Для решения задач и цели исследования нами проведена статистическая обработка данных по пациентам с заболеваниями аппендицита по Российской Федерации, городу Белгороду, Белгородской области за период с 2017-2018 год.

По имеющимся данным можно провести анализ роста числа заболеваний в период с 2017 по 2018 год (таблица 1.).

Таблица 1.

Наименование районов и городских округов	Пациенты							
	Общая заболеваемость				В т.ч. с диагнозом установленным в первые в жизни			
	Абсолютное число		На 100000 населения		Абсолютное число		На 100000 населения	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
По РФ	13800		323,9		3063,0		76	
По области	314	211	288,1	219,2	24	17	55,0	50,0
г. Белгород	162	116	257,0	193,3	20	13		11,4

Для оценки организации сестринского процесса при аппендицитах, а также улучшения качества жизни больных было нам было проведено анкетирование на базе ОГБУЗ «Городская больница №2» (Приложение 1.). Анкетирование состоит из десяти вопросов закрытого типа. Количество респондентов составило 20 человек разного пола и возраста, каждый из которых ответил на десять предложенных нами вопросов. Все результаты анкетирования были записаны и проанализированы.

Распределение респондентов по принадлежности к полу привели к таким результатам: было опрошено 13 женщин, что составило 65%, и 7 мужчин, что составило 35% (рис. 1).

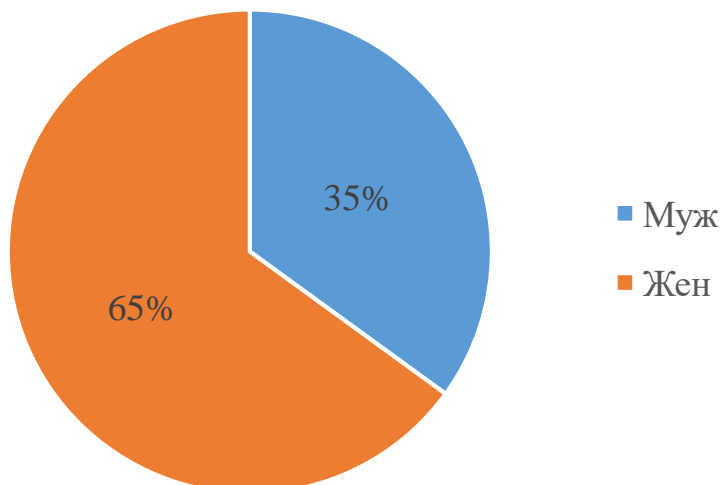


Рис. 1. Распределение респондентов по полу

Мы установили возрастные показатели респондентов: из них люди от 18 до 25 составили 30% (6 человек из 20), 55% составили респонденты от 25 до 45 лет, и всего 15% более 45 лет (рис.2).

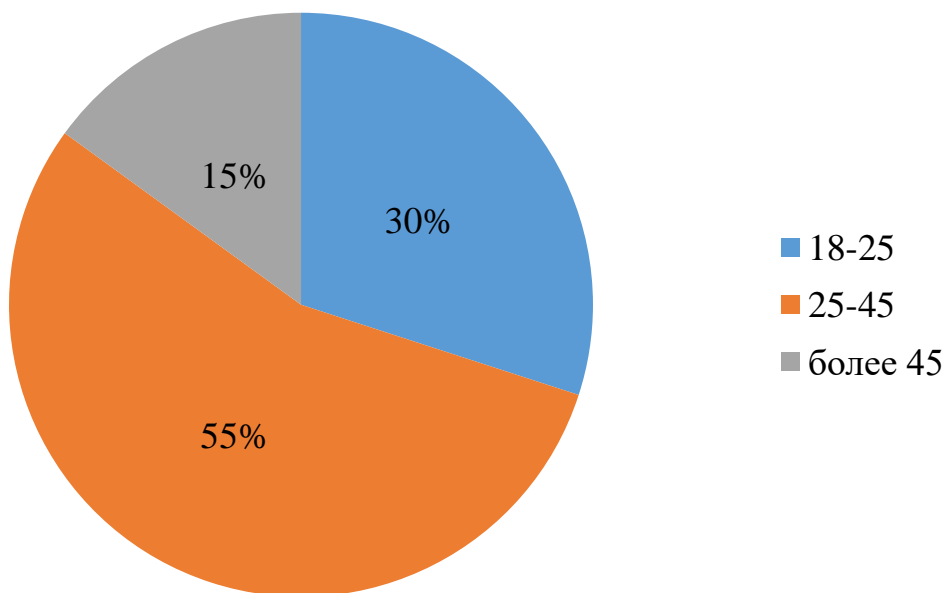


Рис.2. Соотношение респондентов по возрасту

На вопрос «Беспокоит ли Вас тупая, постоянная боль, возникающая около пупка или в верхней части живота, усиливающаяся при смене положения

тела?» респонденты ответили так: 70% опрошенных беспокоила именно такая боль (рис.3).

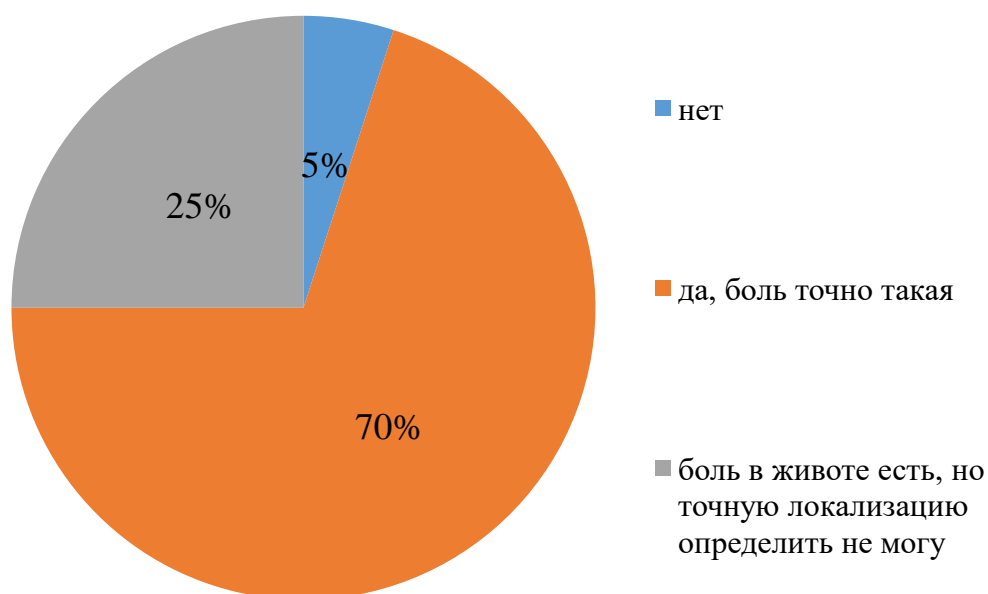


Рис.3. Соотношение респондентов по типу боли.

В ходе анкетирования выяснилось: что 15% респондентов (3 человека из 20) чувствовали себя нормально, а у остальных 85% боль усиливалась в правой подвздошной области (рис.4).

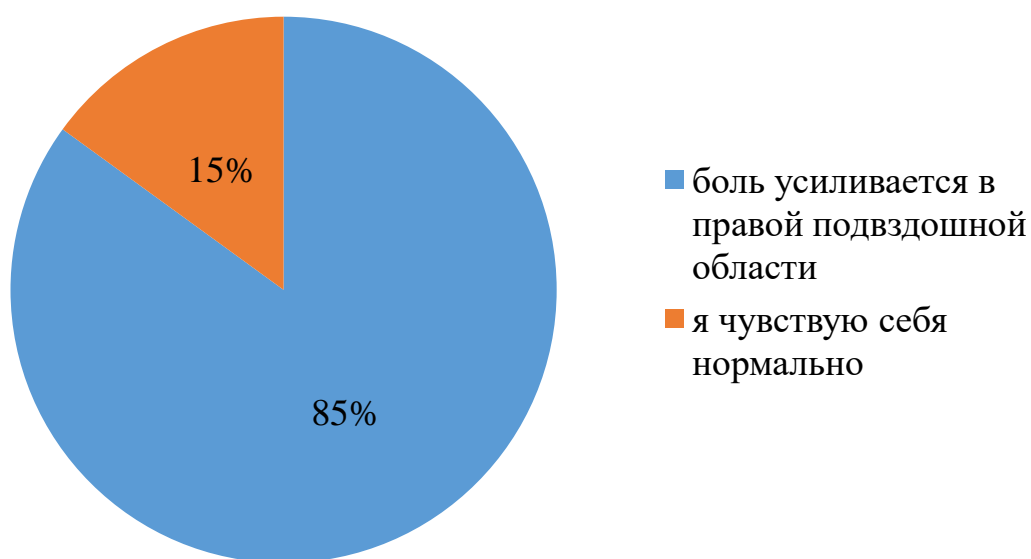


Рис.4. Соотношение респондентов по типу боли при надавливании на живот.

На вопрос «На фоне боли возникали ли у Вас тошнота и необильная, однократная рвота?» респонденты ответили следующим образом: у 65% опрошенных возникала рвота (рис.5).

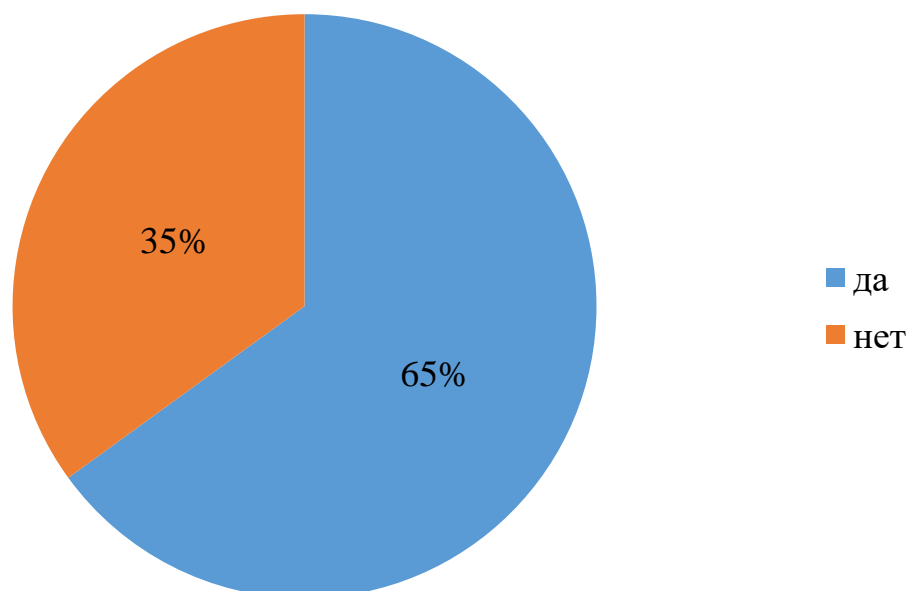


Рис.5. Соотношение респондентов в возникновении тошноты и рвоты.

Было выявлено, что у 80% (16 из 20 респондентов) температура тела повышалась, у остальных 20% (4 из 20) нет (рис.6).

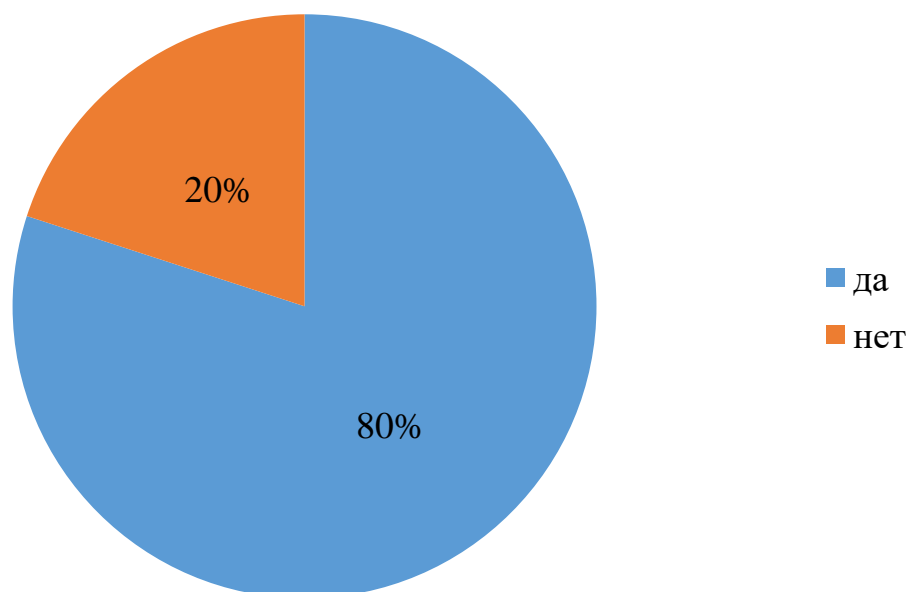


Рис.6. Температура тела.

Также нами было установлено, что 10 человек (50%) совсем не соблюдают диету, 5 человек (25%) не всегда соблюдают диету, 5 человек (25%) постоянно соблюдают диету (рис.7).

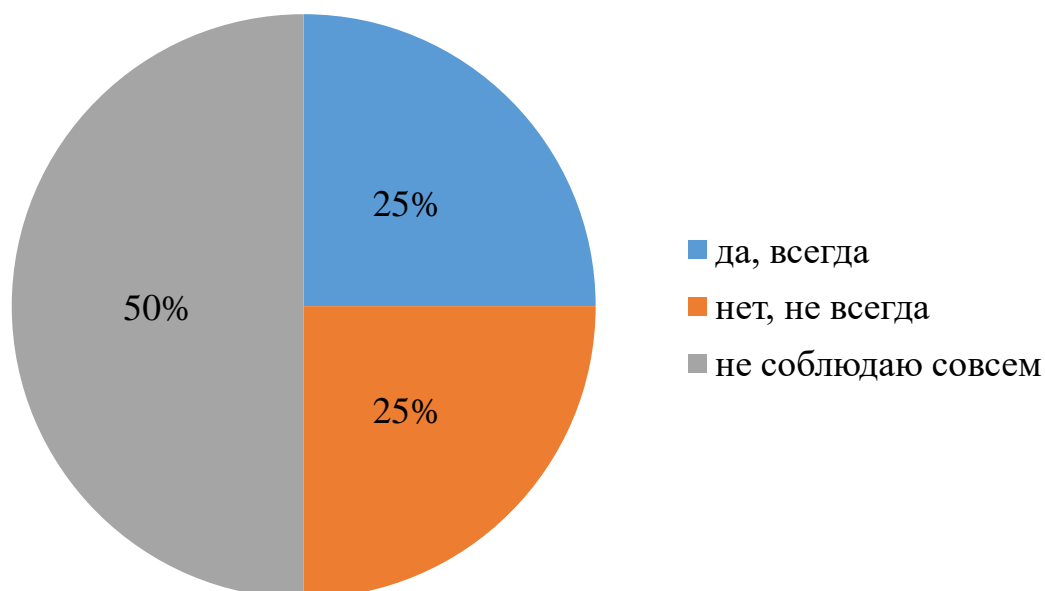


Рис.7. Соотношение респондентов по соблюдению режима питания.

На вопрос «Часто ли Вы употребляете жирную пищу?» респонденты ответили так: 13 из 20 пациентов (65%) часто употребляют жирную пищу, 20% иногда, и всего 15% (3 пациента из 20) решили совсем отказаться от употребления жирной пищи (рис.8).



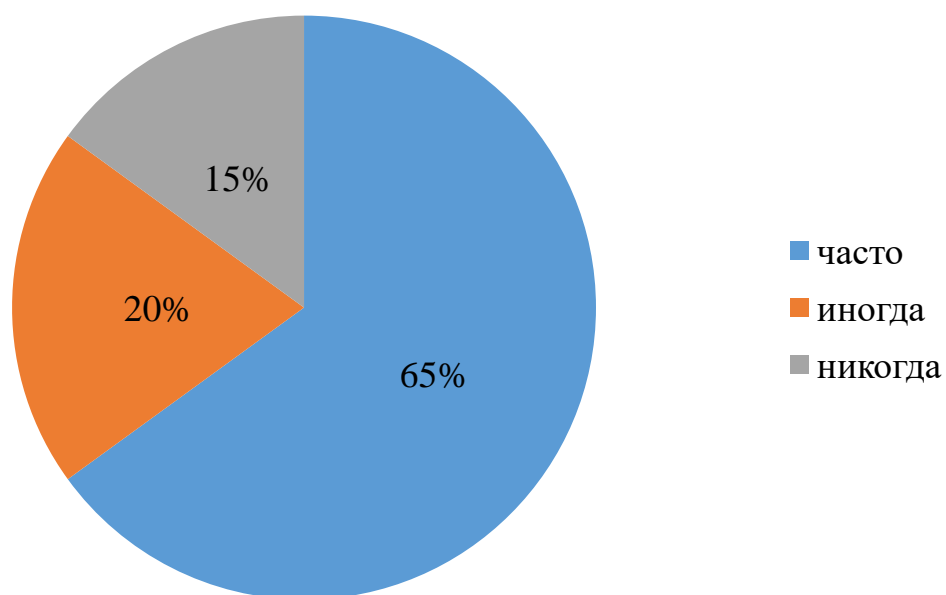


Рис.8. Соотношение респондентов по употреблению жирной пищи.

На вопрос «Какую бы информацию Вы хотели получать от медицинских работников?» выяснилось, что 50% хотели бы получать информацию о правильном питании, и 50% о здоровом образе жизни (рис.9).

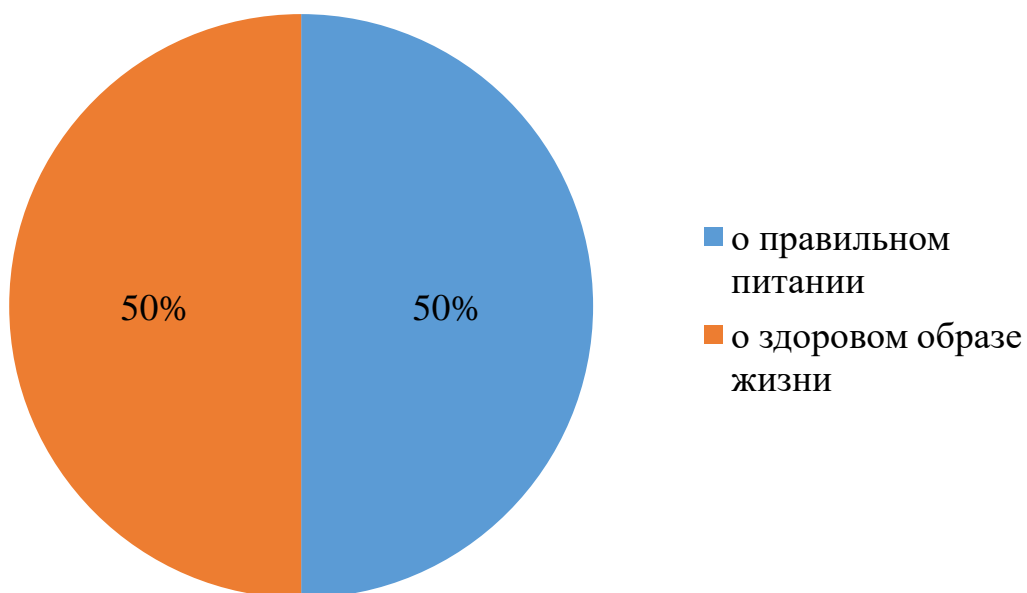


Рис.9. Соотношение респондентов по получению информации.

На вопрос «Имеете ли вы претензии к медицинскому персоналу при исполнении их профессиональных обязанностей?» все респонденты ответили, нет (рис.10).

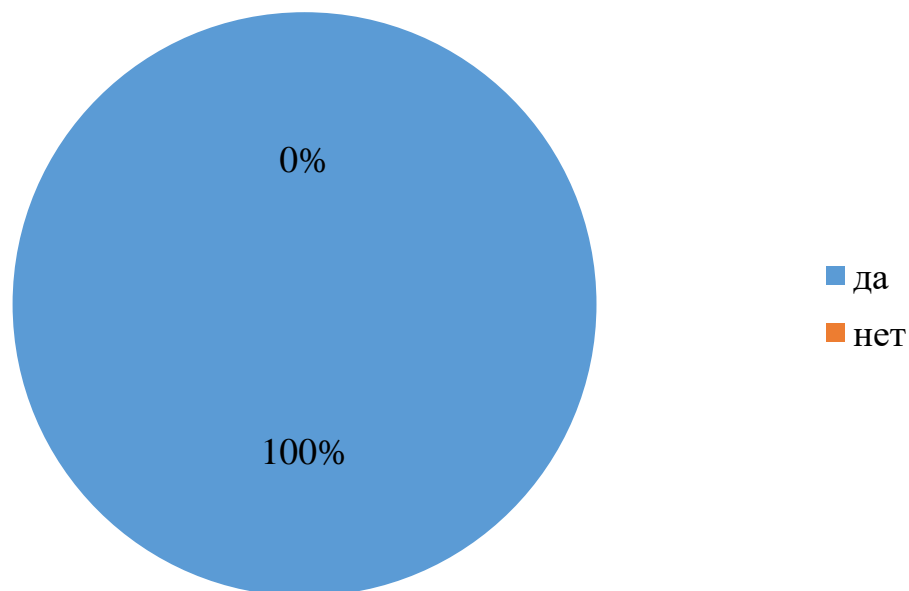


Рис.10. Претензии к медицинскому персоналу.

Исходя из проведенного нами анкетирования, мы можем увидеть, что чаще всего аппендициту подвержены люди женского пола в возрасте от 25 до 45 лет. Большинство респондентов беспокоила тупая постоянная боль, возникающая около пупка, а у 65% опрошенных была тошнота и необильная рвота. Выяснилось, что большинство респондентов совсем не соблюдают диету, а также 65% употребляют жирную пищу. Мы выяснили, что не один из респондентов не имеет жалобы к медицинским сёстрам, а также, что 50% хотели бы получать информацию о правильном питании, а 50% о здоровом образе жизни.

### **2.3. Практические рекомендации для медицинских сестёр хирургического отделения**

Основные практические рекомендации для медицинской сестры хирургического отделения являются:

- Поддержка и организация лечебно-охранительного режима в отделении.
- Принимать вновь поступивших больных вежливо, доброжелательно, провожать их в палату, знакомить с распорядком дня и устройством отделения, обеспечивать больных чистыми постельными принадлежностями.
- Строго соблюдать порядок в палатах и подсобных помещениях, следить за выполнением всеми больными распорядка дня и режима работы отделения.
- При необходимости пополнять пост медикаментами, шприцами, инъекционными иглами, термометрами.
- Строго вести учёт расхода наркотических и сильнодействующих лекарственных веществ, хранения их в сейфах.
- Все назначения врача больному выполнять внимательно, осторожно: манипуляции, процедуры, инъекции подкожные, внутримышечные, внутривенные; брать кровь из вены (для биохимических анализов); определять группу крови и резус-фактор; определять совместимость по группе и по резусу.
- Температуру тела пациентам измерять и записывать результат в историю болезни.
- Тяжелобольным контролировать артериальное давление и пульс.
- Подготавливать больных к операциям в полном объёме методики (экстренной, срочной и плановой), в послеоперационном периоде осуществлять уход за больными.

- Уметь оказать первую медицинскую помощь больному при неотложных состояниях до прихода врача (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, остановка кровотечения и др.).
- Уметь приготавливать шины Беллера, обладать техникой наложения типичных бинтовых повязок, гипсовых лонгет.
- Уметь приготовить постель больному с переломами бедра, таза, позвоночника.
- Владеть умением произвести инструментальную перевязку раны.
- Промывание желудка, сифонной и очистительной клизмы, катетеризация мочевого пузыря, постановка газоотводной трубки.
- Собирать анализы от больных и организовывать их доставку в лабораторию.
- Ухаживать за тяжёлыми больными.
- Транспортировать пациентов.
- Заполнять соответствующую документацию.

#### **2.4. Практические рекомендации для пациентов после аппендэктомии**

После удаления воспаленного аппендикса пациент должен правильно и ответственно следовать рекомендациям врача. Если есть подозрения на послеоперационные осложнения, требуется помощь квалифицированного специалиста. Чтобы замедлить воспалительный процесс и уменьшить болевые ощущения, на живот пациента следует поставить грелку с холодной водой, а не с теплой. Нагретая вода только усилит воспаление.

После операции нет необходимости принимать обезболивающие препараты в больших количествах. Это усложнит диагностику возможных осложнений. В этих случаях небезопасно использовать слабительные. Но употреблять витамины необходимо, они ускорят лечение. Если есть

возможность, лучше принимать антибиотик, рекомендованный врачом после операции, дополнительные 1-2 дня, чтобы предотвратить осложнения.

Купаться нельзя. Поэтому поездку на море следует отложить. Баня на время послеоперационного периода тоже находится под запретом. Пока не сняты швы, ванна и душ тоже запрещены. Мыть, пока все тело в воде, не нужно. При необходимости врачи разрешают делать обтирание водой туловища, умывание, мытьё ног и рук.

Массировать, растирать и трогать область шва не рекомендуется. Заживает он быстрее, если за ним вести правильный уход.

Курить сигареты строго запрещено. Курение затруднит нормальный процесс течения анестезии и сделает проблематичным реабилитационный период.

Спустя 6-10 часов пациенту следует работать с правильным переворачиванием и умением сидеть. После операции пациент нуждается в помощи близких людей и медицинского персонала. Ходить и вставать специалисты рекомендуют только через 20-24 часа.

После того как, удалили аппендицит, правильное питание во многом определяет то, насколько быстро весь организм в целом, а в самую первую очередь желудочно-кишечный тракт пациента, будут работать нормально.

После операционного вмешательства, первые дни питание пациента должно быть направленное на восстановление жизненно важных сил организма. Предпочтения нужно отдать лёгкой, жидкой, кашецеобразной пище. Питаться стоит часто, но маленькими порциями. Рекомендуются следующие продукты: слабо заваренный чай с добавлением сахара, отвар из плодов шиповника, кисели, рисовый отвар, нежирные бульоны.

В период восстановления диета после аппендицита становится более разнообразной. В рацион включаются блюда из круп (паровые каши), несоленое масло, кисломолочные продукты, сливки, овощные пюре, бульоны овощные, мясные или рыбные (нежирные), фрукты (в запеченном виде), отварная рыба, мясо (постные).

После выписки из больницы пациенту следует продолжить выполнение следующих правил. Это поможет добиться скорого окончания реабилитационного периода.

Как правило, выздоровление после аппендицита длится не менее 0,5 месяца. Время восстановления зависит от того, насколько успешно была выполнена операция, какой метод использовался, как организм отреагировал на вмешательство и тяжести ситуации. После удаления гнойного или, особенно, такого, что он перешел в перитонит, реабилитационный период дольше, так как становится необходимым для борьбы с развившейся инфекцией, которая включает в себя длительное использование антибактериальных препаратов.

1. Употреблять меньше пищи;
2. 3-4 месяца не поднимать тяжести;
3. После водных процедур обрабатывать место швов бриллиантовым зеленым;
4. Используйте повязку (особенно для пациентов с избыточным весом);
5. Каждый день необходимо гулять небольшие расстояния на свежем воздухе;
6. Когда сформируется шрам после вырезания аппендикса (до 2-6 месяцев), разрешается посещать бассейн и заниматься спортом;
7. Первые 2,5-3 месяца после вырезания аппендицита запрещено поднимать тяжёлые предметы;
8. Через пару недель с момента операционного вмешательства разрешено заниматься сексом.
9. К сведению: употребление спиртных напитков возможно через 1,5-2 месяца после операции, если не возникло никаких осложнений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы пришли к выводу, что первое место среди всех хирургических заболеваний занимает острый аппендицит. Около 96% операций выполняется по неотложным показаниям.

К экстренным операциям медицинская сестра должна подготавливать пациентов быстро и качественно. От качественной предоперационной подготовки больного, зависит благоприятный исход операции. Возможность осложнений исключает как можно правильное и грамотнее проведенная медицинской сестрой подготовка, подготавливаются жизненно важные органы больного к оперативному вмешательству, создается благоприятный психологический фон, вместе все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного.

В результате исследования были проведены анализ профиля пациентов, а также сравнительный анализ проведения функциональных методов диагностики, были разработаны рекомендации начинающимся медицинским сестрам.

Опасность острого аппендицита в основном зависит от того, что воспалительный процесс весьма быстро может расплавить стенку отростка, а также вызвать инфицирование брюшной полости, в след за этим сразу же может развиваться весьма опасный, гнойный перитонит, а иногда образуются одиночные или множественные внутри, или внебрюшинные гнойники.

Диагноз острый аппендицит должен основываться на наличии следующих, наиболее важных и постоянных признаков: остро возникающие и усиливающиеся боли в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щёткина-Блюмберга. Все остальные признаки могут служить лишь дополнением к этим основным признакам.

Лишь при помощи хирургического вмешательства можно точно определить наличие острого аппендицита. Весьма затруднительно распознать

клинические признаки острого аппендицита. Острый аппендицит не представляет еще большой опасности, до того времени, пока инфекционный процесс держится лишь в пределах отростка. Лишь тогда, когда инфекционный процесс распространяется за пределы отростка, возникает угроза для жизни пациента с острым аппендицитом.

При остром аппендиците воспалительный процесс весьма быстро распространяется с отростка на окружающую брюшину, в следствии чего возникает перитонит с нарушением кровообращения и тяжелой интоксикацией организма.

Профилактика острого аппендицита, как и многих других заболеваний желудочно-кишечного тракта, состоит в правильном и регулярном питании, также нужно следить за регулярной деятельностью кишечника. Следует помнить то, что опасность острого аппендицита, т. е. его осложнений, можно легко предупредить ранней операцией. Если во время проведения диспансеризации или при профилактических осмотрах, которые в большом количестве проводятся среди нашего населения, у пациента будет обнаружен хронический аппендицит, то следует рекомендовать своевременное хирургическое вмешательство во избежание появления острых приступов. Единственным способом профилактики перечисленных осложнений острого аппендицита служит раннее обращение к хирургу в течение первых 6-12 часов от начала болей!

Как говорил великий русский хирург и диагностик Иван Иванович Греков: «Острый аппендицит не находят там, где о нем думают, и обнаруживают там, где о существовании его даже не подозревают». Прошу Вас, не относитесь к своему здоровью халатно, заботьтесь о нём. Лучше переоценить серьезность ваших симптомов, чем поздно обратиться за медицинской помощью.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арапов, Д.А., Аппендицит [Текст]: учебное пособие /- Москва, 2013.- 117-120 с.
2. Арсений, А.К., Диагностика острого аппендицита.[Текст]: учебное пособие/Кишинев, - 2015.- 174 с.
3. Багненко, С.Ф., Роль и место диагностической лапароскопии в лечении больных с острым аппендицитом [Текст]: учебное пособие/- Минск, 2014.- 105-115 с.
4. Богницкая, Т.Н., Малюгина, Т.А., Пахомова, Г.В., Утешев, Н.С. Острый аппендицит [Текст]: учебное пособие / «Медицина». - Москва,2014.- 176 с.
5. Бойко, В.В., Пронина, В.А., «Патология червеобразного отростка и аппендэктомия»[Текст]: учебное пособие /- Москва,2014.- 377 с.
6. Буценко, В.Н., Острый аппендицит. Клиническая хирургия.[Текст]: учебное пособие/ - Москва,2014-№4.- 42-44 с.
7. Быстров, С.А., Жуков, Б.Н., Хирургия[Текст]: учебное пособие/- Москва,2015.- 324-327 с.
8. Ворохобов, Л.А., Ленюшкин, И.А., Слуцкая, С.Р., Острый аппендицит у детей[Текст]: учебное пособие/- Москва, 2014.- 55-60 с.
9. Гостищев, В.К. Общая хирургия[Текст]: учебное пособие/- Москва,2014- 245 с.
10. Двойников, С.И., Младшая медицинская сестра по уходу за больными[Текст]: учебное пособие/ С.И. Двойников, С.Р. Бабаян, Ю.А. Тарасова [и др.]. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 512 с.
11. Заболевания червеобразного отростка в детском возрасте [Текст]: учебное пособие/ А.Ф. Дронов, В.И. Котловский. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-76 с.

12. Колёсов, В.И., Клиника и лечение острого аппендицита[Текст]: учебное пособие/-Л. Медицина.- Москва,2015.- 342 с.
13. Кулезнёва, Ю.В., Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении острого аппендицита [Текст]: учебное пособие / Ю.В. Кузелёва 2014 – 25-37 с.
14. Общая хирургия. В 2 т. Т. 1[Текст]: учебное пособие/ Г.П. Рычагов, П.В. Гарелик, А. Н. Нехаев, А.И. Лемешевский, Г.Г. Мармыш, О.И. Дубровщик, И.С. Довнар, А.А. Полынский, И.Т. Цилиндзь - Минск : Выш. шк., 2015.- 568 с.
15. Основы ухода за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие/ А. А.Глухов., А.А. Андреев., В.И. Болотских. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.-987 с.
16. Основы ухода за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.-76 с.
17. Андреев, А.А., Основы ухода за хирургическими больными[Текст]: учебное пособие/ - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.
18. Рубан, Э.Д., Хирургия [Текст]: учебное пособие/- 5-е изд - Ростов н/Д : Феникс, 2014.- 569 с.
19. Сестринская помощь в хирургии / учебник / В.Г. Стецюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
20. Сестринский уход при хирургических заболеваниях [Текст]: учебное пособие/ В.Ф. Пряхин., В.С. Грошили. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 76 с.
21. Сестринское дело в хирургии[Текст]: учебное пособие /- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с.
22. Стецюк, В.Г., Сестринское дело в хирургии [Текст]: учебное пособие /В.Г. Стецюк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 720 с.
23. Уход за больными в хирургической клинике [Текст]: учебное пособие / Евсеев М.А - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 192 с.

24. Хирургические болезни [Текст]: учеб.-метод. пособие / А.И. Кириенко, А.М. Шулутко, В.И. Семиков, В.В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 192 с.

25. Хирургические болезни. В 2 ч. Ч. 1 Общая хирургия учебник. [Текст]: учебное пособие / Г.П. Рычагов, А.Н. Нехаев - Минск , 2015. – 456 с.

26. Хирургия [Текст]: учебник / А.И. Ковалев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 654 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

### *Анкета:*

Уважаемые пациенты!

Данная анкета проводится с целью повышения эффективности профилактики пациентов с заболеваниями острого аппендицита.

Заполняется анкета АНОНИМНО: достаточно поставить галочку возле нужного варианта, напротив ответа, который совпадает с Вашим мнением. В случае необходимости, можно написать свой вариант ответа.

1) Ваш пол?

- Мужской
- Женский

2) Ваш возраст?

- 18-25
- 25-45
- Более 45

3) Беспокоит ли Вас тупая, постоянная боль, возникающая около пупка или в верхней части живота, усиливающаяся при смене положения тела?

- нет
- да, боль точно такая
- боль в животе есть, но точную локализацию определить не могу

4) При надавливании на живот:

- боль усиливается в правой подвздошной области
- я чувствую себя нормально

5) На фоне боли возникали ли у Вас тошнота и необильная, однократная рвота?

- да
- нет

6) Наблюдалось ли повышение температуры тела до 37,5-39°C?

- да

- нет

7) Соблюдаете ли Вы режим питания?

- да, всегда
- нет, не всегда
- не соблюдаю совсем

8) Часто ли Вы употребляете жирную пищу?

- часто
- иногда
- никогда

9) Какую бы информацию Вы хотели получать от медицинских работников?

- о правильном питании
- о здоровом образе жизни

10) Имеете ли вы претензии к медицинскому персоналу при исполнении их профессиональных обязанностей?

- да
- нет